

La Pass Psy : Des professionnels du champ médico-social au front de la précarité

Une étude sur la Pass

Dans le cadre d'une thèse, j'interroge différentes morphologies du soutien à des étrangers en « quête de papiers », à partir d'une ethnographie centrée sur la région lyonnaise. A l'heure de la finalisation, je modélise trois types de soutien, qu'il soit juridique, militant, ou médico-social. Pour ce congrès, ma proposition s'appuie sur une étude - en cours - de la Pass (Permanence d'Accès Aux Soins de Santé) psy du Vinatier à Lyon, portée par le réseau Samdarra et financée par le conseil scientifique de l'hôpital. L'enquête se situe sur différents plans : du côté du dispositif et son inscription institutionnelle, du côté des professionnels, du public, et dans l'interaction entre ces différents acteurs, à partir de l'analyse de documents internes, d'entretiens, et d'une ethnographie du lieu. Alors que ce dispositif accueille un public migrant, il est confronté à des difficultés, notamment celle de la définition du sens de son activité au sein de la psychiatrie publique. Ces difficultés mettent en exergue une « concurrence » entre les différents professionnels qui travaillent à la Pass. Aussi ce public paraît remettre en cause la position des soignants, ou tout du moins brouille les frontières, notamment celle de la définition du soin avec le précaire.

La Pass-psy du Vinatier

La Pass du Centre Hospitalier Le Vinatier a été créé en 2010. La loi d'orientation qui prévoit la mise en place de Permanence d'Accès aux Soins de Santé postule que ce dispositif doit « faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. » La définition officielle des missions des Pass laisse aux établissements publics de santé une marge importante d'interprétation. L'organisation des Pass n'est pas homogène et les missions qu'elles assurent, ont elles aussi des formes diverses suivant les établissements. Les différences peuvent porter sur le type d'activités, le fonctionnement, la forme et la taille des équipes. A l'hôpital du Vinatier, l'équipe est constituée de 9 professionnels qui interviennent

sur un temps cumulé de 2,60 « équivalents temps plein ». Les professions représentées sont les suivantes : une assistante sociale, deux psychiatres, une psychologue, une cadre de santé, une secrétaire, une infirmière et deux médecins généralistes dont une avec un profil « psychosomatique » et l'autre « somatique ». Le temps de travail est donc très morcelé, mais le poste central est celui de l'assistante sociale. C'est la seule professionnelle du dispositif à temps complet et présente depuis l'ouverture de la Pass. La particularité de ce dispositif est donc de concentrer de nombreux professionnels du médico-social à un même endroit.

Un public de migrant précaire

En 2012 ce sont, selon les sources dont nous avons pu avoir à disposition, 759 patients qui ont été reçus à la Pass du Vinatier. Et selon les professionnels que nous avons interrogés ces patients sont exclusivement des migrants. Il est intéressant de noter qu'à la Pass et plus généralement dans la psychiatrie publique l'individu à soigner n'est pas accueilli suivant une spécificité. L'accueil se fait « à bas seuil d'exigences », contrairement par exemple au centre de soin spécialisé Essor sur la région lyonnaise à destination « des personnes exilées victimes de persécutions ». En accord avec l'idéal républicain, il y a un refus, exprimé notamment par l'Agence Régionale de la Santé, de vouloir travailler sur un registre populationnel ou à partir d'attaches communautaires. C'est pourquoi dans une démarche pragmatiste respectueuse de la conception des acteurs, nous utilisons pour notre part la terminologie de « migrant précaire » car c'est la plus constative et elle permet d'interroger les vulnérabilités de cette population. Au vu de notre enquête, dans d'autres Pass ce public est majoritaire mais sans que la proportion soit aussi forte qu'au Vinatier. Si les professionnels adoptent souvent la catégorie « demandeur d'asile » pour désigner le public de la Pass, la réalité administrative paraît quelque peu différente. En additionnant le public percevant l'Allocation Temporaire d'Attente (ATA) et celui hébergé en Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA) nous arrivons à environ au quart de la population totale du dispositif. Et c'est environ 5% du total du public accueilli qui est en situation régulière selon les chiffres à notre disposition. Les autres sont donc, selon les dires des professionnels, dans des situations administratives le plus souvent très complexes, généralement en situation irrégulière et en demande de titres de séjour (notamment au titre de la santé).

Les usagers de la Pass sont en situation d'extrême précarité. Nous avons pu l'observer sur le terrain mais également à partir des données à notre disposition. Pour l'année 2012, sur

550 patients dont la situation vis-à-vis du logement est connue, 34% sont « sans domicile », et 28.5% sont en « hébergement provisoire ». Et plus des ¾ des usagers déclarent être sans ressource. La Pass du Vinatier, qui, selon la définition institutionnelle des Pass issue de la circulaire du 17 Décembre 1998 est sensée accueillir « *les personnes démunies* », et à pour mission de « *permettre un accès aux soins effectif à l'ensemble de la population* » devient de fait un dispositif de soins aux migrants précaires.

Pour le Réseau Samdarra le parcours migratoire et administratif peut avoir des conséquences sur la santé mentale. Il existe « une puissante synergie négative (qui) impacte fortement la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile ». Dans une tradition psychosociale, la santé mentale est fortement liée aux problématiques sociales. C'est alors la précarité sociale, l'expérience de la violence, de traumatismes, de l'attente qui vont être entendues comme étant des facteurs de vulnérabilisation, pouvant entraîner une souffrance psychique et psychosociale. Dans cette optique, l'exil, les effets des procédures administratives, les différences culturelles impactent la santé mentale de ce public. Et pour certains s'ajoute la contrainte de devoir se raconter dans le cadre d'une demande d'asile. Cette population cumule alors les vulnérabilités, qu'elles soient psychiques, sociales ou administratives. Et de fait cela concourt à étendre le type de demandes d'aide et leur nombre. Les usagers parcourent ainsi la Pass en étant toujours orientés par un partenaire (le plus souvent par des associations) mais pour des raisons qui peuvent être très diverses. Certains sont orientés à la Pass pour « ouvrir des droits à la sécu », d'autres pour « voir un psy », « avoir un certificat médical dans le cadre d'une procédure étranger malade » ... Plus précisément la venue à la Pass peut se faire soit dans des parcours de soin ou des parcours administratif, occasionnant par la même une confusion sur ce que peut apporter le dispositif aux usagers qui la fréquentent. Mais pour l'institution ce public « n'est pas le bon public ». On craint qu'il fasse « appel d'air » selon les mots d'une professionnelle encadrante et du chef de pôle. Il fait aussi peur, d'autant plus que maintenant il commence à venir directement aux urgences...

Accueillir, orienter, soigner : différentes politiques du sujet ?

Le cadre juridique flou du dispositif Pass, renforcé par la limite de cadres au sein de l'institution hospitalière se traduit par une liberté importante pour les professionnels d'interprétation de leurs rôles et missions. Cela permet au dispositif de s'adapter aux

particularités du public accueilli. Mais cela se traduit également par des difficultés pour les professionnels qui se retrouvent dans des enjeux de concurrence. Aujourd'hui les différents professionnels ne s'entendent pas sur le rôle de la Pass. Alors que le temps d'équipe est quasiment inexistant, la situation apparaît comme étant très problématique aux yeux de tous. Nous voyons une rivalité entre trois modèles, pas forcément contradictoires, mais qui se raccrochent à différentes politiques institutionnelles, et qui appréhendent le sujet de manière singulière. Autrement dit ce sont trois manières de concevoir l'usager, qui se retrouvent concentrées dans le même dispositif.

Accueillir « le tout venant ». Ici nous sommes dans une logique d'accueil à bas seuil à destination du plus grand monde. Cette activité suppose d'être au clair sur l'activité d'accueil, et pose le problème de qui accueille (une assistante sociale ? une infirmière ? une psychologue ?) et donc du partage des compétences. Ici l'accueil du sujet est sans « spécificité ». Le premier article d'un document rédigé par l'ARS Rhône-Alpes à destination des Pass qui rappelle le cahier des charges est : « Accueillir toutes les personnes en situation de précarité ». Entendu non pas qu'il faille être précaire pour venir à la Pass, mais que les individus qui ne peuvent pas être vus ailleurs, peuvent être vus à la Pass. Plus précisément, c'est souvent le droit à être soigné qui importe ici. Et concrètement cela *pass*e par le travail d'une assistante sociale qui ouvre des droits à la sécurité sociale. Ici le sujet est donc le précaire qui vient ouvrir des droits, sans sélectivité a priori. Ce modèle est porté par l'assistance sociale et l'infirmière, les deux personnes qui sont d'ailleurs amenées à accueillir les usagers à leur arrivée.

Orienter vers le droit commun les « usagers de la Pass ». Dans cette optique le dispositif est un « tremplin » vers le droit commun, et pour ce qui nous intéresse ici vers la psychiatrie publique. Cette activité suppose de comprendre les spécificités de ce public, et de trouver les endroits où cette souffrance puisse être entendue. Qu'est-ce qui existe dans le droit commun ? Une psychiatre de la Pass nous confie « c'est le problème d'orientation de ces patients (...) On est avec des patients pour des avis, ces patients nécessitent une prise en charge psychiatrique, un suivi, des traitements, et on ne peut les orienter la plupart des cas vers aucuns dispositifs de soin, faute d'absence de domicile, faut d'absence de (...) maniement de la langue française. Voilà, on nous refuse... ils sont insectorisables pour ceux qui sont sans domiciles ». Les spécificités de ce public occasionnent donc des difficultés dans la réorientation. Quand cela est possible, selon le médecin, c'est au prix de négociations

importantes avec l'interlocuteur pour qu'il accepte « son patient ». Pour Patrick Castel « un médecin doit connaître des pairs en qui il a suffisamment confiance pour pouvoir les solliciter lors de la prise en charge de certains patients ».

Alors qu'une des missions de départ est de pouvoir réorienter vers le droit commun, il y a une impossibilité pour la psychologue et les psychiatres aujourd'hui à pouvoir le faire. C'est compliqué pour les professionnels de trouver des praticiens qui acceptent de suivre ce public. L'association Forum Réfugiés a créé le « Centre Essor » à l'automne 2007, mais il sature aujourd'hui. Une psychiatre de la Pass nous confie que ce public « fait peur... (...), on a de la peine avec les secteurs des hôpitaux psychiatriques. Quand ils voient « sans papiers », pfffiout ils ont tendance à... ». De fait, les professionnels soignants sont amenés à soigner, à défaut d'orienter.

Soigner des pathologies. Alors que chacun des acteurs s'accordent pour dire que ce n'est pas l'objectif principal de la Pass que de soigner, beaucoup se retrouvent à devoir le faire faute de pouvoir orienter. C'est ce qui apparaît comme couteux pour l'hôpital. Surtout cette activité pose la question des détections des pathologies pour ce public. Il est intéressant de noter que c'est plus facile pour un médecin « somatique » que pour les psychologues ou les psychiatres. Cela est bien sûr dû à la « clarté » clinique du côté somatique, mais aussi aux représentations plus précises du rôle du médecin par les patients. Ils seraient plus enclins à « coopérer » avec les médecins somaticiens qu'avec les psychiatres selon les mots d'une généraliste. Concrètement beaucoup de patients sont aujourd'hui vus par des psychiatres, non pas à la Pass mais aux urgences, ce qui n'est pas sans poser problème pour les professionnels des urgences qui se sentent débordés.

Mais ce public est aussi difficile à soigner. Les pathologies ne correspondent pas forcément à des catégories nosographiques identifiées. Une psychiatre du dispositif nous a confié : « Faut voir qu'on a des situations de détresse et des situations médico-psychologiques énormes... », une de ses collègues renchérissant « on est confronté à la barbarie, voilà, de ces gens civilisés qui se retrouvent dans des histoires de guerre, de règlements de compte, nous, on voit de la psychiatrie lourde, même très lourde, on fait de l'expertise pénale et tout, mais cette barbarie du monde sauvage, on ne la connaît pas aux urgences habituellement, il faut voir (...) les patients de la Pass pour la connaître hein. » Elle voit « des atrocités chez des gens qui, antérieurement, n'ont pas de pathologies mentales, ou ne sont pas disposés à en

avoir ». C'est d'ailleurs souvent aux urgences (à côté de la Pass) que ce public est vu alors que selon la médecin ce n'est pas le lieu.

Les situations cliniques de ces patients migrants précaires sont particulièrement complexes aux yeux des soignants de la Pass. La dimension traumatique des pathologies trouve son origine à la fois dans les causes du départ et les conditions des parcours et d'arrivées en France ponctués de violences et de difficultés. Ces effets cumulatifs de vulnérabilité peuvent être également à l'origine de troubles anxieux ou du développement du stress post-traumatique. Les soignants, au-delà des difficultés à travailler hors des nosographies habituelles mettent en avant les situations extrêmes. Le champ lexical de la détresse et de la barbarie est très présent dans le discours des professionnels.

L'enchevêtrement des problématiques administratives et médicales qui se traduit par des demandes de rapports et dossiers médicaux aux soignants les met en difficulté. Pour les personnes qui souffrent de pathologie et qui souhaitent faire une demande de titre de séjour dans le cadre de la procédure « étranger malade », les avocats, les travailleurs sociaux ou les patients eux-mêmes sollicitent les soignants pour faire un rapport médical. On trouve aussi des professionnels mal à l'aise avec ce qui est nommé comme étant un opportunisme de certains usagers.

Concurrences et rivalités au sujet du soin

Aujourd'hui il apparaît qu'au sein de l'équipe les désaccords sont tels qu'il n'y pas de cohérence dans l'activité. Mais surtout cela induit des rivalités entre les professionnels. Si pour beaucoup, cela s'explique par les personnalités des professionnels, nous défendons le fait que cette concurrence s'explique surtout par cette divergence dans les prérogatives et les attendus de chacun. Plus précisément, cette concurrence se fait sur la manière d'appréhender le « migrant précaire ». Que cette manière soit totalisante -accueillir une personne dans toute sa dimension-, en vis-à-vis de ce qu'il est possible d'apporter au public, ou à partir de sa pathologie, cela induit une rivalité sur le sujet ; une concurrence au sujet du sujet. Cela pose aussi la question de l'attachement et du détachement dans la relation d'aide ou de soin. Alors qu'il est difficile d'orienter, se rajoute aussi le doute à l'égard des manières de faire d'autres dispositifs. Comme le précise Patrick Castel « la concurrence entre médecins sur l'activité et sur la définition du bon traitement apparaît comme une incertitude supplémentaire majeure

pour chaque médecin dans sa tentative de maîtriser la relation avec son patient ». Chacun est amené à défendre son approche thérapeutique, complexifiant aussi la réorientation des patients. C'est la crédibilité des personnes et des pratiques qui est en jeu. Ce sont l'assistante sociale et l'infirmière qui sont en première ligne, elles sont plus proches des patients. Mais même en interne, elles se retrouvent en difficulté pour orienter sur les autres professions.

C'est donc une rivalité sur l'activité et la définition du bon traitement, rivalités notamment entre le social et le médical, mais aussi entre différentes cliniques. Entre accueillir le « tout venant », être dans un accueil inconditionnel, orienter suivant des demandes et les dispositifs existants, ou soigner des pathologies particulières, ce sont autant de manières d'appréhender le sujet, qui peuvent aussi en contradiction avec la demande de l'utilisateur à être reconnu dans sa singularité. Se pose alors pour le professionnel, la question de la (re)subjectivation : -faire de l'utilisateur un sujet de quoi ? Quelles sont les qualifications qui peuvent rendre opérante une intervention ? Quelles sont les modes d'existence que l'on juge primordiaux au sein de leurs collectifs d'appartenance ? Aujourd'hui ces questions se posent aux professionnels de la Pass.

Le migrant précaire comme figure du débordement

Alors que jusqu'alors le réseau Samdarra s'était constitué pour penser les relations entre « santé mentale et « demandeur d'asile », aujourd'hui nous parlons de « migrant précaire ». Cette figure peut se comprendre aussi comme une figure « profane » qui vient justement remettre en question la domination médicale. Elle interroge la posture du professionnel de soin, dans la psychiatrie de secteur, en remettant en cause la position soignante péremptoire. Si le modèle asilaire était associé à une psychiatrie-chef, la place du professionnel psy est aujourd'hui moins évidente et se négocie en situation, que ce soit dans le soin, ou dans l'institution. Les usagers, en cumulant les souffrances sociales et psychiques, brouillent les frontières institutionnelles, mais aussi la relation d'aide. Ici soigner, entre le cure et le care, ne se définit pas forcément a priori, et ne trouve pas forcément de réponse.

C'est aussi la place de l'utilisateur qui est en question dans la Pass, son autonomie, au risque que le professionnel se sente encore plus débordé. Pour Jean Furtos « le fait de déranger signifie au moins que la personne qui dérange existe, car il n'y a altérité que par dérangement ». D'ailleurs cette réflexion s'accorde avec l'expansion, tout du moins théorique,

de la santé communautaire et qui tend à être promue aujourd'hui même à la Pass. Pour Samdarra « l'approche de santé communautaire incite également les professionnels à intégrer l'ensemble des personnes concernées dans la compréhension de la problématique, à prendre en compte leur subjectivité, leur cadre de référence, à entendre leurs demandes leurs besoins et leurs attentes ».

Nous prenons le parti de dire que la Pass est un dispositif et donc le lieu de l'adaptation de l'institution, plus souple, à échelle réduite, plus proche des usagers, « au front ». Il nous renseigne donc sur l'évolution attendue des problématiques institutionnelles. Autrement dit, ce qui s'expérimente sur ce lieu concourt à la connaissance des problématiques d'accueil de l'utilisateur, notamment dans l'hôpital public. Un usager qui est de moins en moins le bon usager attendu, et qui sollicite de plus en plus en plus le soignant, et qui garde la maîtrise de la relation. Cette visée stratégique du patient met aussi en défaut l'autorité médicale qui se retrouve en difficulté pour répondre à des sollicitations qui la déborde.